

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка (сметы) именуемый «Заказчик», а равно

_____ (фамилия, имя, отчество)

далее по тексту направительного бланка (сметы) именуемый «Пациент», уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению.

Заказчик _____ «__» _____ 20__ г.
подпись ФИО дата

Пациент _____ «__» _____ 20__ г.
подпись ФИО дата

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

**НАПРАВИТЕЛЬНЫЙ БЛАНК (СМЕТА) ОТ ДД.ММ.ГГГГ
к Договору на оказание медицинских услуг от «__» _____ 202__ г. (Договор)**

Заказчик:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО				
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	Пол:	М/Ж	Телефон: + 7 (999) 999 99 99
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ			
Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «Таврика» ОГРН 1105045002380				
Пациент:	ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО				
	Дата рождения:	ДД.ММ.ГГГГ	Пол:	М/Ж	Телефон: + 7 999 8887766
	Адрес:	АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ			

ИНЗ: 909120171, 909120170

Код	Наименование медицинской услуги	Формат выдачи	Срок выполнения	Цена*, р.	Уменьшение суммы заказа**, р.	Стоимость*, р.
		Кол				
		Кол				
		Кол				
Итого по медицинским услугам:						

* с НДС в применимых случаях

Артикул	Наименование товара	Цена*, р.	Кол-во, шт.	Стоимость*, р.	Уменьшение суммы заказа**, р.	Стоимость* с учетом уменьшения суммы заказа, р.
Итого по товарам:						

Всего по смете:

* с НДС в применимых случаях

** сумма заказа подлежит уменьшению на сумму скидки, предоставляемой в соответствии с Правилами Программы поощрения постоянных клиентов «iVITRO Плюс» (далее – Программа). Информация о сумме скидки представлена в кассовом чеке.

Кодовое слово*

*Указывается обязательно на случай возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также для уточнения факта готовности результата.

Порядок (способ) предоставления медицинской документации:¹

Пациенту:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка²

Заказчику:

Уведомление о готовности через мессенджеры/по СМС

E-mail доставка²

Информация об условиях выдачи кассовых чеков/бланков строгой отчетности (далее – чек)

Для направления чека Заказчику в электронной форме:

E-mail

--

Подписанием сметы Заказчик подтверждает:

- свое согласие на получение чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещен в сети Интернет и по которому чек может быть бесплатно получен Заказчиком) по указанному в настоящем разделе смете телефону (абонентскому номеру) или адресу электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации в электронной форме на адрес электронной почты).

¹ Медицинская документация также может быть получена Заказчиком (Пациентом) по обращению в бумажном виде в медицинском офисе Исполнителя в порядке, установленном Правилами оказания платных медицинских услуг, утвержденными Исполнителем (далее – Правила). Независимо от установленного сметой способа предоставления медицинской документации медицинская документация размещается в сервисе «Личный кабинет» (<https://lk3.invitro.ru/login>) с применением необходимых средств и способов защиты информации.

² Заказчик (Пациент) в случае указания адреса электронной почты (e-mail) в качестве способа предоставления медицинской документации, способа направления чека, подтверждает свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, проведенных Исполнителем, будут направлены Заказчику (Пациенту) с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

Подписанием сметы Заказчик (и Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) подтверждает:

- правильность указанных в настоящей смете данных и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений;

- что он ознакомлен с условиями отправки уведомлений о готовности и доставки медицинской документации по сетям общего пользования, размещенными в медицинских описках Исполнителя или на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru, и соглашается с ними;

- в случае если настоящей сметой предусмотрено право Заказчика и/или иного получателя на получение медицинской документации, подготовленной Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, подписанием настоящей сметы Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании;

- что он уведомлен о том, что интерпретация результатов исследований, проведенных Исполнителем, содержит информацию для лечащего врача, не является диагнозом и не может быть использована для самодиагностики и самолечения; точный диагноз ставит лечащий врач, используя как результаты исследования, так и нужную информацию из других источников: анамнеза, результатов других обследований и т.д.;

- что он ознакомлен с Правилами, размещенными на сайте в сети Интернет по адресу: www.invitro.ru и действующими на дату подписания настоящей сметы, и соглашается с ними, а также предоставляет Исполнителю согласие на осуществление Исполнителем обработки своих персональных данных в порядке и на условиях, установленных Правилами.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Заказчик (или Пациент, если таковой указан в Договоре и смете) настоящим дает информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого он является, в Обществе с ограниченной ответственностью «Таврика».

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для Заказчика (Пациента) форме Заказчику (Пациенту) разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик (Пациент) подтверждает, что имел возможность задавать медицинскому работнику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы, поставил в известность медицинского работника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Заказчику (Пациенту) разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчик (Пациент) понимает, что после взятия биоматериала / проведения процедуры требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено.

Сведения о выбранном(ых) Заказчиком (Пациентом) лице(ах), которому(ым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья Заказчика (Пациента), в том числе после смерти:

(ФИО гражданина, контактный телефон, адрес электронной почты)

Исполнитель

Генеральный директор
ООО «Таврика»

_____ / Карабанова М.В.
М.П.

Пациент

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Заказчик

<ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ)>

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Расписался в моем присутствии:
Представитель Исполнителя

(Должность медицинского работника)

(подпись)

(ФИО)